

[LE-21] Reembolso por mejora de seguridad y calidad

Para proveedores de cuidado infantil familiar exentos de licencia participando en el subsidio ERDC

¿Quién es elegible? Proveedores de cuidado infantil familiar exentos de licencia que participan en el subsidio ERDC.

¿Qué se puede reembolsar? El reembolso está disponible para el costo de equipo o reparación de instalaciones que fueron pagados directamente por el programa y que no fueron pagados por un tercer partido para poder cumplir con los requisitos de salud y seguridad de DELC. El reembolso no debe exceder doscientos cincuenta dólares (\$250) por año.

Requisitos para pago:

1. Recibo original mostrando el pago.
2. Formulario W-9 Sustituto de WOU con información verificable con el IRS.

¿Provee cuidado infantil a infantes o niños caminantes (edades 0-3 años)? ☐ Si ☐ No

Programa/Nombre de Proveedor

Fecha

Nº de Licencia del Programa

Nº de Teléfono

Fecha de compra	Clase de equipo o reparación	Costo por artículo	¿Qué necesidad cumple este artículo/servicio?

¿Cómo se enteró de este reembolso?

Adjunte paginas adicionales si son necesarias.

☐ CCR&R Local ☐ Formulario de listado de ERDC ☐ Especialista en licencias ☐ Otro: _____

Información de pago: (debe coincidir con el W-9 Sustituto de WOU)

Nombre de negocio/individuo que solicita pago

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Firma

Fecha

Al firmar este, confirmo que la información arriba indicada es verdadera y correcta y que los costos los pague o yo o el programa directamente, y no fueron pagados por un tercer partidario.

Incluya lo siguiente con este formulario: (Nota: Los pagos serán retenidos hasta que se reciba la información que falte.)

1. Recibo original mostrando pagos
2. Formulario Sustituto W-9 de WOU

Envíe los formularios en el Portal Seguro: wou.edu/tri/forms/es

o

Mande los formularios al:

TRI at Western Oregon University
345 Monmouth Ave N
Monmouth, OR 97361

Preguntas: 503-838-8008, tripayments@wou.edu
Rev. 09/2025

For Office Use Only

Amount:
Invoice#:
Index #:
Account Code:
Approved by:

Cuestionario Demográfico

Nombre de proveedor _____

Fecha _____

☐ **Negarse a responder el cuestionario**

1. ¿Cuál de la siguientes describe su identidad racial o étnica? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Nativo Americano ☐ Indio americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Inuit o mestizo de Canadá ☐ Indígena mexicano ☐ Centroamericano ☐ Sudamericano ☐ Otro nativo americano (indíquelo) _____	☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Guameño o chamorro ☐ De Micronesia ☐ Hawaiano nativo ☐ Samoano ☐ Tongano ☐ Otro isleño del pacífico (indíquelo) _____
☐ Hispano o Latino ☐ Hispano o Latino – centroamericano ☐ Hispano o Latino – mexicano ☐ Hispano o Latino – sudamericano ☐ Otro hispano o latino (indíquelo) _____	☐ Negro o afroamericano ☐ Afroamericano ☐ Africano (negro) ☐ Caribeño (negro) ☐ Otro negro o afroamericano (indíquelo) _____
☐ Asiático ☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Hmong ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Del sur de Asia ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático (indíquelo) _____	☐ Medio oriental ☐ De África del norte ☐ Medio oriental ☐ Otro medio oriental (indíquelo) _____
	☐ Blanco ☐ Europeo del Este ☐ Eslavo ☐ Europeo occidental ☐ Otro blanco (indíquelo) _____

2. ¿Cuál es su idioma preferido? Indíquelo a continuación:
